



UŞAK ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

İHTİYAÇ TALEP FORMU

Doküman No:
KU.FR.001Yayın Tarihi
HAZİRAN 2014Revizyon No
01Revizyon Tarihi
Aralık 2016Sayfa No:
1/1TALEP EDEN BÖLÜM *Diyaliz*

SIRA NO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	BÜTÇE UYGULAMA KODU	MEDİN STOK KODU	TALEP EDİLEN MALZEME	MİKTAR	BİRİM	ANA DEPO STOK MİKTARI	BİR ÖNCEKİ TAKVİM YILI ALIM MİKTARI	İSTEMİN SÜRESİ	DAHA ÖNCEKİ ALIM ŞEKLİ VE ALIM TARİHİ	ORTALAMA AYLIK TÜKETİM
1			<i>20 inç 25 mikron</i>							
2			<i>20 inç 10 mikron</i>							
3			<i>20 inç 5 mikron</i>							
4			<i>20 inç 1 mikron</i>							
5			<i>(Hemodiyaliz kartuz filtre ipit sağma polimerden püskürtme pesinperlik)</i>							
6										
7										
8										
9										
10										

11 BÖLÜMÜN TALEP GEREKÇESİ

27.07.2018

*Su sistemi için gerekli*Bölüm Sorumlusunun
imza ve kaşesi*İ. Paçal*
Limit KÖKSAL
Hem.

*Lütfen Kabul edilebilir gerekçelerinizi giriniz

NOT: 3, 4, 5, 8 ve 11 nolu alanlar Servis Sorumlusu tarafından doldurulacaktır.

12	DEPO GÖRÜŞÜ	13	TAŞINIR KODU/...../20.....
	<i>Stoklarında mevcut olup</i>		<i>150-03-03</i>	<i>Emine N...</i> <i>Taahhüt Kayıt Yetkilisi</i> <i>UŞAK ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ</i>

*Lütfen talebin özelliğine göre ilgili depo görüşünü aldıktan sonra talep ön inceleme birimlerine teslim ediniz.

TALEP ÖN İNCELEME KOMİSYONU GÖRÜŞÜ	/...../20.....
BÜTÇE KODU	İHALE/...../.....
ALIM ŞEKLİ	DOĞRUDAN TEMİN	Yukarıdaki talebin satın alınması hususunu onaylarınıza uygun görüşe arz ederim. Gerçekleştirme Görevlisi İdari ve Mali Hizmetler Müdürü
		UYGUNDUR / UYGUN DEĞİLDİR. Harcama Yetkilisi Hastane Yöneticisi

KARTUŞ FİLTRE ŞARTNAMESİ

- 1.Bakım gerektirmeyen.
- 2.Avrupa farmokopedansı diyaliz suyu kalitesini bozmayacak özellikte polipropilen ip sargılı
3. Atılabilir tip 20'' uzunluğunda
4. 2 tarafı açık olan oringsiz
5. 25, 10, 5, 1mikron partikül tutma kapasitesine sahip tipleri bulunan
- 6.Suda bulunan kum kireç pas ve diğer ince partikülleri tutabilen
- 7.Çalışma sıcaklığı maximum 45⁰C olmalıdır.

UŞAK ÜNİ. TIP FAK. EĞT. ARŞ. HAST.
Dr. Recep SAVIRAN
Dip. Tes. No: 57265
Diyaliz Sorumlu Hekimi

UŞAK ÜNİ. TIP FAK. EĞT. ARŞ. HAST.
Uzm. Dr. Murat DEMİR
Dip. Tes. No: 99642
Nefroloji Uzmanı

SATINALMA TALEP FORMU

Sıra	Kod	Eşyanın Nevi	Özelliği	Miktar	Türü
1	150-03-03-24001712	HEMODİYALİZ KARTUŞ FİLTRE İPLİK S20 İNÇ 25 MİCRON	20 İNÇ 25 MİCRON	20	ADE'T
2	150-03-03-24001712	HEMODİYALİZ KARTUŞ FİLTRE İPLİK S20 İNÇ 1 MİCRON	20 İNÇ 1 MİCRON	8	ADE'T
3	150-03-03-24001712	HEMODİYALİZ KARTUŞ FİLTRE İPLİK S20 İNÇ 5 MİCRON	20 İNÇ 5 MİCRON	12	ADE'T
4	150-03-03-24001712	HEMODİYALİZ KARTUŞ FİLTRE İPLİK S20 İNÇ 10 MİCRON	20 İNÇ 10 MİCRON	9	ADE'T

Talep Edenin

Adı Soyadı : ÜMİT KÖKSAL

Ünvanı :

Yukarıda cinsi miktarı yazılı malzeme/malzemeler ambar stoklarında benzerleri dahil olmak üzere vardır/yoktur. Kod sıralarında gösterilmiş bulunan malzemelerin ekli şartnamelere göre satın alınması, satın alınan ürünlerin şartnamelerde belirtilen usüllere göre Modürlüğüne ilgili ambarlarına teslim edilmesi gerekir.

Taşınır Kayıt ve Kontrol Yetkilisi

EMİNE MERKİZ

